

Профилактика внезапной смерти при гипертрофической кардиопатии.

Усовершенствованная тактика профилактики внезапной смерти от осложнений заболевания сердца при гипертрофической кардиомиопатии (ГКМП) и высоком риске внезапной смерти

Источник: Maron MS, Rowin EJ, Wessler BS, et al. Enhanced American College of Cardiology/American Heart Association Strategy for Prevention of Sudden Cardiac Death in High-Risk Patients With Hypertrophic Cardiomyopathy. *JAMA Cardiol.* 2019 May 22. <https://doi.org/10.1001/jamacardio.2019.1391>. [Epub ahead of print]

Результаты проспективного когортного исследования свидетельствуют о том, что установка имплантируемого кардиовертера-дефибриллятора (ИКД) по показаниям, определяемым с помощью усовершенствованной тактики профилактики внезапной смерти от осложнений заболевания сердца (ВСОЗС) при гипертрофической кардиомиопатии (ГКМП) и высоким риске ВСОЗС Американской коллегии кардиологов и Американской ассоциации кардиологов сопровождается снижением риска ВСОЗС почти в 50 раз по сравнению с необоснованным отказом от установки ИКД.

В исследование были включены 2094 преимущественно взрослых больных с ГКМП, которых наблюдали в течение 17 лет в крупном центре, специализирующимся на лечении больных ГКМП.

У всех больных на основании оценки индивидуальных маркеров риска определяли показания к установке ИКД с использованием усовершенствованных критериев Американской коллегии кардиологов и Американской ассоциации кардиологов.

Основной показатель: аритмическая ВСОЗС или обоснованное срабатывание ИКД в связи с развитием желудочковой тахикардии или фибрилляции желудочков.

Установка ИКД считалась показанной при наличии хотя бы одного из следующих критериев:

1. Семейный анамнез ВСОЗС, которая было определена или вероятно обусловлена ГКМП хотя бы у одного родственника первой линии или у других близких родственников в возрасте 50 лет и менее.

2. Гипертрофия левого желудочка (ЛЖ), особенно с утолщением стенки сердца до 30 мм и более в любом сегменте, соответствующим полости сердца, по данным эхокардиографии (ЭхоКГ) или магнитно-резонансной томографии (МРТ) с возможностью учета такого морфологического маркера при пограничном утолщении стенки до 28 или 29 мм у отдельных больных по усмотрению лечащего кардиолога.

3. Необъяснимый обморок при указании на один недавний эпизод потери сознания или более при указании на низкую вероятность нейрокардиальной этиологии (вазо-вагальный), обычно в течение 5 лет после начала наблюдения.

4. Неустойчивая желудочковая тахикардия, диагностируемая при наличии 3 повторных эпизодов или более, каждый из которых состоит из 3 последовательных желудочковых комплексов или более и/или при одном эпизоде или более (из 10 комплексов и более) при ЧСС 150 уд./мин и более, обычно по данным 24–48 ч амбулаторного мониторирования с помощью электрокардиограммы; причем значимость такого критерия повышается при сочетании с другими маркерами риска, особенно при усилении сигнала гадолинием при МРТ сердца.

5. Фиброз, по данным усиления сигнала гадолинием (МРТ с контрастом), при наличии диффузного и распространенного распределения типов фиброза либо по данным качественной оценки (обычно при распространенности фиброза 15% и более от массы ЛЖ), или при установленном на основании визуальных данных распространенном и диффузном фиброзе, как изолированно, так и в сочетании с другими маркерами.

6. При терминальной стадии заболевания, которую диагностируют при фракции выброса ЛЖ менее 50%, по данным ЭхоКГ или МРТ, обычно у больных с тяжелыми клиническими проявлениями, которых рассматривают как кандидатов для трансплантации сердца.

7. Аневризма верхушки ЛЖ, по данным ЭхоКГ или МРТ, независимо от размера с дискретным истончением сегментов с дискинезией или акинезией в дистальных отделах полости ЛЖ в сочетании с фиброзом смежных сегментов.